

ALLEGATO 1 : MODELLO DI DOMANDA

ECAD N _____

ADS: _____

COMUNE: _____

DSB DI RIFERIMENTO: _____

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

UFFICIO DI PIANO ECAD N _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____.

Nazionalità: O Italiana O Unione Europea O Extracomunitaria : _____

Residente a _____ (____) in via/piazza _____

Tel: _____ email: _____

Codice fiscale: _____

Medico di medicina generale: _____ tel _____

- Riconosciuto persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, c. 3, L. 104/1992) in data _____ (ALLEGARE COPIA VERBALE)

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO
INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

Residente a _____ (____) in via/piazza _____

Tel: _____ email: _____

Codice fiscale: _____

In qualità di: O Familiare: _____ O Tutore O Amministratore di sostegno
O Altro _____

Del Sig./Sig.ra nato/a a _____ (____) il ____/____/____ e residente a
_____ (____) in via/ piazza _____

Codice fiscale: _____

Recapito telefonico: _____

Medico di medicina generale: _____ tel _____

CHIEDE

**A O INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI GRAVI (per gli assegni è possibile barrare una sola opzione)**

O A.1. ADI – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

O A.2. A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE

O A.3. SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE

O A.4. TELESOCCORSO- TELEASSISTENZA

O A.5 TRASPORTO

O A.6 INSERIMENTO PRESSO CENTRO DIURNO

**O A.7 PRESTAZIONI DI CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
DI SOSTEGNO AL CAREGIVER**

O A.8 ASSEGNO DI CURA

B O INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S. (per gli assegni è possibile barrare una sola opzione)

O B.1. ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA

O B.1.1. ASSEGNO DI DISABILITA' GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA SLA

O B.1.2. ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER E RITARDI MENTALI GRAVI E PROFONDI

O B.2. A.D.I.- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA SLA E DISABILITA' GRAVISSIMA

O B.3 A.D.S.A.- ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE SLA E DISABILITA' GRAVISSIMA

A TAL FINE DICHIARA

Composizione del nucleo familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale(*)	ISEE

(*) studente; lavoratore/trice a tempo indeterminato; lavoratore/trice a tempo determinato; pensionato sociale; pensionato; disoccupato

Altro: _____

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto:

O da solo O in famiglia O in comunità O altro _____

ATTUALMENTE USUFRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI

Tipologia servizi	Erogatore	H settimanali	Contributo (mensile)
O Servizio assistenza domiciliare – S.A.D.			
O Assistenza infermieristica domiciliare			
O assistenza programmata domiciliare (ADP – Medico curante)			
O servizio di aiuto alla persona			
O P-L.N.A. (specificare)			
O assegno di cura e assistenza			
O trasporto			
O buoni servizio			
O disponibilità di obiettori di coscienza/ volontario			
O centro diurno / laboratorio			
O inserimento lavorativo/ formativo			
O servizio socio assistenziale scolastico e/o socio educativo scolastico e/o extrascolastico			
O contributo SLA/ dipendenza vitale			
O contributo per la vita indipendente (L.R. 57/2012)			
O prestazione servizio ai sensi dell' Home Care Premium (HCP)			
O beneficio economico ai sensi del HCP			
O Contributo per il caregiver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica			
O altro			

**ASSISTENZA SVOLTA DA I FAMILIARI E/O ALTRA FIGURA
(ASSISTENTE/ CAREGIVER)**

AREE DEI BISOGNI

AREA AUTONOMIA PERSONALE

O ALZARSI DAL LETTO	O USO DEL WC	O LAVARSI IL VISO
O LAVARSI LE MANI	O LAVARSI CAPELLI E PETTINARSI	O IGIENE INTIMA
O FARE IL BAGNO O DOCCIA	O VESTIRSI O SPOGLIARSI	O ASSISTENZA NOTTURNA
O SEMPLICI INTERVENTI SANITARI	O GESTIONE CATETERE	O GESTIONE DEGLI AUSILI
O CORICARSI	O MANGIARE, BERE	O ALTRO _____

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

O PULIRE LA CASA	O PREPARARE PASTI	O FARE LA SPESA
O GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI	O ALTRO _____	

AREA AUTONOMIA SOCIO- LAVORATIVA

O SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE	O UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI	O ATTIVITA' RELATIVE AL TEMPO LIBERO
O ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO	O ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO	O VIAGGI
O GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE	O PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI	O DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE
O ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA	O ATTIVITA' CULTURALI	O ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA

O SI DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO, PER I CASI DI DISABILITA' GRAVISSIMA E AFFETTI DA SLA, E' GIA STATO VALUTATO DALL'UVM NELLE PRECEDENTI ANNUALITA' ED E' IN POSSESSO DI UN'ATTESTAZIONE SOCIO-SANITARIA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIANZA PERMANENTE E/O NON SOGGETTA A MARGINI DI MIGLIORAMENTO, RILASCIATA DAL MEDICO CURANTE O ALTRI ORGANISMI SANITARI E SOCIO-SANITARI COMPETENTI (ATTESTAZIONE DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO DI DOMANDA)

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n° 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

- Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.
- Si impegna a dare comunicazione dell'eventuale beneficio della presente richiesta presso i canali comunicativi telematici in caso di percepimento di ulteriori benefici economici per le medesime finalità assistenziali (es. Home Care Premium, casellario dell'assistenza – SIUSS e SINA- ecc).
- Allega alla presente domanda:

O Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art.6 DPCM 153/2013) in corso di validità;

O Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92

O Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;

O Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.

- Dichiaro, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per la medesima tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

MODALITA' DI PAGAMENTO

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

Accredito su conto corrente intestato a

Codice Fiscale

Banca

IBAN: *(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; I dati saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n° 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

Firma

DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data

Firma